

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

P R E M A T U R I D A D E

AUTORES:

* MARIA DE FATIMA SILVESTRE

* SONIA MARIA DE FARIA

* RICARDO DE SIMAS

* ACADÊMICOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM **MEDICINA** DA UFSC

11ª FASE

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1982

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. NELSON GRISARD, pela colaboração, apoio e incentivo prestados na realização deste trabalho.

Ao Dr. WALMOR ZOMER GARCIA, pela gentileza em nos fornecer material bibliográfico.

Ao Dr. JORGE ABI-SAAB NETO pela sugestão do presente tema.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (S.A.M.E) da Maternidade Carmela Dutra pela gentil colaboração.

"Os Recém-Nascidos Pré-Termo salvos, quase sempre se desenvolvem normalmente e se tornam indivíduos úteis à coletividade. Prova disso, é a relação de personalidades importantes que tiveram essa condição: Newton (1642); Voltaire (1769); Rousseau (1712); Bonaparte (1769); Lamartine (1790); Victor Hugo (1802); Darwin (1809); Renoir (1841); Churchill (1874)".

LAGES NETO

ÍNDICE

RESUMO.....	1
INTRODUÇÃO	2
CASUÍSTICA E MÉTODOS	5
RESULTADOS	7
DISCUSSÃO	31
CONCLUSÃO	43
ABSTRACT	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

RESUMO

Os autores estudaram retrospectivamente a prematuridade quanto a incidência, possíveis causas, morbidade e mortalidade na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis, nos anos 1979, 1980 e 1981.

A incidência de recém-nascidos pré-termo foi de 3,57%. As causas mais freqüentes em ordem decrescente foram: causa desconhecida, amniorrexis prematura, gestantes com mais de 30 anos, gestante com idade igual ou inferior a 18 anos, gemelari-
dade, apresentações fetais anômalas e doença hipertensiva própria da gravidez. A taxa de morbidade nos recém-natos pré-termo foi de 81,21% e a taxa de mortalidade de 20,15%..

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre prematuridade datam do século passado, quando Miller, em 1886, definiu pela primeira vez, "recém-nascido prematuro", como aquele que apresentava peso inferior a 2500 gramas (12). Budin (12), em 1902, definiu recém-nascido pré-termo como aquele com menos de 37 semanas de gestação, contadas a partir do 1º dia da última menstruação.

Muitos autores não concordaram com este último conceito, alegando que a data da última menstruação não era um dado confiável. Desde então, o conceito de prematuridade sofreu uma série de alterações, baseando-se ora no critério de peso, ora no critério de tempo.

O conceito de Miller perdurou até meados do século atual, sendo Ylppö (12,17,20) seu maior adepto. A Academia Americana de Pediatria (AAP) em 1935 ratificava este conceito, reconhecendo ser o peso, o melhor critério para idenficar um recém-nascido pré-termo (12).

A validade deste critério começou novamente a ser ques-

tionada por volta de 1940, quando o próprio Ylppö, reconhecia que muitos recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas não eram pré-termo, pois apresentavam caracteres anatômicos e fisiológicos compatíveis com recém-nascido a termo (12).

No final da década de 40, a O.M.S. concordava com Ylppö, dizendo que recém-nascidos com peso menor que 2500 gramas poderiam ser a termo, apenas por fatores diversos haviam detido ou diminuído seu crescimento intra-uterino. Definia-se então, o recém-nascido de baixo peso (12).

Em 1967, Bataglia e Lubchenco (12,20) reconsideraram o critério tempo para definir prematuridade, propõe um limite de 38 semanas de gestação, a partir do 1º dia da última menstruação.

Jurado-Garcia (16) no México, em 1968, propôs um limite de 37 semanas de gestação. Este conceito foi aceito, em 1970, pelo Comitê de Peritos da O.M.S., que divulgou a classificação abaixo relacionada e que perdura até hoje:

1. Recém-nascido pré-termo: antes de 37 semanas completas de gestação.
2. Recém-nascido a termo: entre 37 a 42 semanas de gestação
3. Recém-nascido pós-termo: mais que 42 semanas de gestação

Analisando-se a evolução histórica do conceito de prematuridade, podemos dizer que decorreu quase um século para que se definisse o recém-nascido pré-termo. Sem dúvida, estas divergências conceituais, contribuíram para que durante muito tempo, os recém-nascidos pré-termo, bem como, aqueles a termo e pequenos para a idade gestacional, não recebessem uma assistência médica adequada.

•

Apesar dos avanços da Perinatologia, a morbidade e mortalidade neonatal ainda preocupam obstetras e pediatras, pois são amplas as repercussões da prematuridade sobre o desenvolvimento Neuro-psico-motor do conceito, bem como sobre a manutenção, das taxas de mortalidade infantil elevadas.

Na tentativa de colaborar para diminuição dos índices de prematuridade e das taxas de mortalidade infantil, procuramos neste estudo, abordar a prematuridade em nosso meio, demonstrando sua incidência, relacionando suas possíveis causas, bem como a morbidade e mortalidade dos recém-nascidos pré-termo.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O presente Trabalho consiste num estudo retrospectivo sobre prematuridade, realizado na maternidade Carmela Dutra de Flórida-nópolis, no período compreendido entre 01/01/79 e 31/12/81.

Definiu-se como recém-nascidos pré-termo, aqueles com idade gestacional entre 28 e 37 semanas incompletas (16,24).

Os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas foram excluídos, por serem considerados imaturos.

A seleção dos recém-nascidos pré-termo foi realizada consultando-se o livro de Registro do Berçário de Alto Risco da MCD. Através do SAME, consultamos 484 prontuários médicos, correspondendo a 511 recém-nascidos pré-termo. A diferença observada se deve à ocorrência de 38 gestações múltiplas (37 gemelares e 01 trigemelar).

Dos prontuários maternos coletamos as seguintes variáveis :

a) raça materna; b) idade materna; c) estado civil; d) condição social: previdenciárias (qualquer entidade assistencial que custasse total ou parcial a assistência médica - IPESC, INAMPS, FU - SESC, FUNRURAL, etc...); caso social (não dispunham de qualquer entidade assistencial), particular (dispunham de recursos próprios à assistência médica); e) ocupação materna: do lar (não desenvolviam outro tipo de trabalho além das atividades no lar), fora do lar (qualquer tipo de trabalho fora do lar, sem especificar o tipo de trabalho); f) paridade anterior: relacionou-se o número de partos anteriores para cada mãe; g)* procedência: da Grande Florianópolis (zona urbana e rural), de outros municípios do Estado e de outros Estados; h) assistência médica pré-natal (existência ou não); i) tipo de parto: vaginal, cesáreo e a fórceps; j) intercorrências mórvidas maternas durante a gravidez.

Dos prontuários dos recém-nascidos relacionamos os seguintes dados: a) raça; b) sexo; c) idade gestacional: avaliada através do método de Capurro (5) por um pediatra do Serviço de Neonatologia; d) peso do recém-nascido (em gramas), utilizando-se balança Filoşola; e) estado nutricional: classificados em P.I.G. (pequeno para idade gestacional), A.I.G. (adequado para idade gestacional) e G.I.G. (grande para a idade gestacional), segundo a Curva de Lubchenco (20); f) Apgar no 1º minuto (20); g) Intercorrências mórvidas do recém-nascido; h) Mortalidade Neonatal.

Os resultados assim obtidos serão expostos a seguir em tabelas e gráficos.

* Ver anexo 1.

RESULTADOS

1. INCIDÊNCIA DA PREMATURIDADE

A incidência da prematuridade na MCD - Florianópolis, em relação ao número de nascidos vivos nos anos de 1979, 1980 e 1981 foi respectivamente: 151 (3,44%), 156 (3,42%) e 204 (3,80%), perfazendo um total de 511 (3,57%), recém-nascidos pré-termo (TABELA I).

TABELA I:

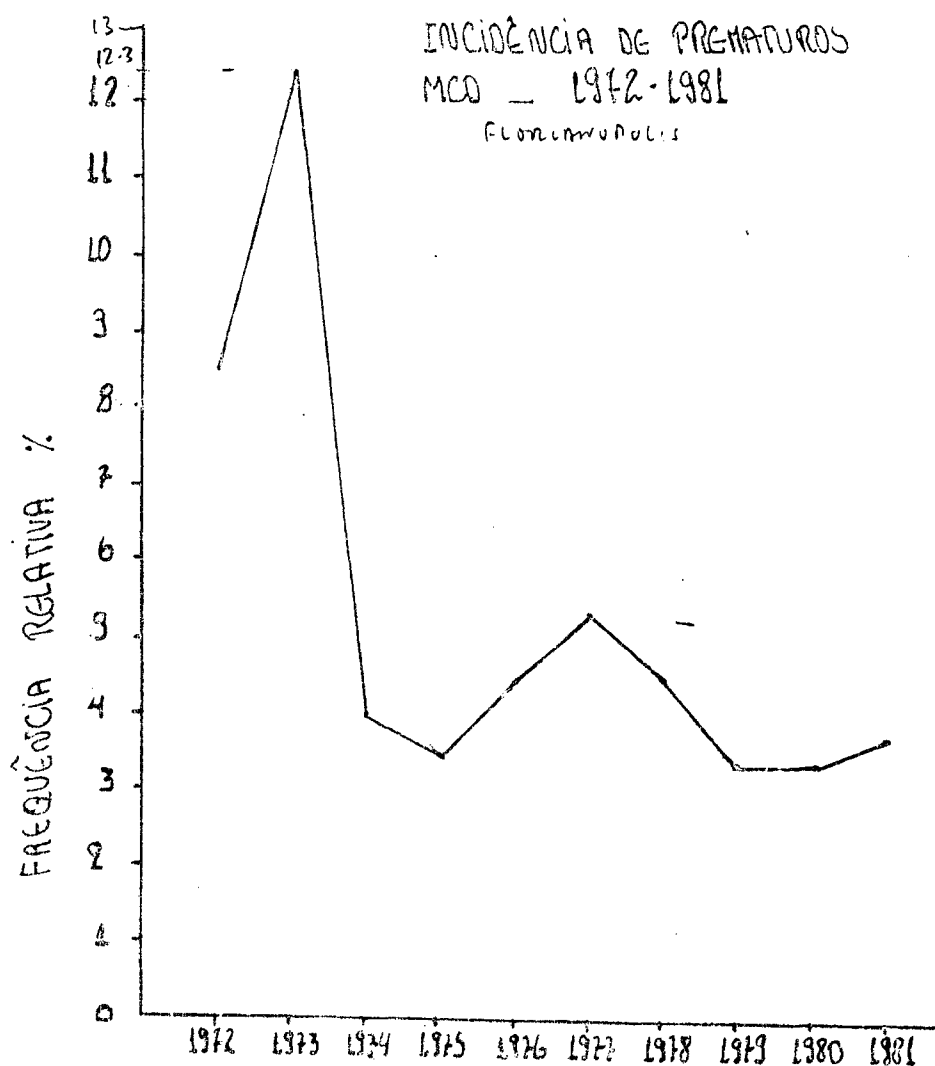
INCIDÊNCIA DA PREMATURIDADE- MCD - 1979,1980,1981.

A N O	1979	1980	1981	Total
Nº de Total de Nascidos Vivos	4.386	4.570	5.378	14.334
Nº Total de RN Pré-Termo	151	156	204	511
%	3,44	3,42	3,80	3,57

A incidência anual da prematuridade a partir do ano de 1972; é mostrada no gráfico abaixo (I), observando-se uma maior incidência no ano de 1973 (12,4%) e a menor em 1980 (3,42%).

Nota-se também, que a incidência a partir de 1979 tem-se mantido semelhante.

GRÁFICO I



Incidência relativa da prematuridade na M.CD. no período de 1972 a 1981.

2. Distribuição de acordo com a raça materna.

A prematuridade ocorreu em 445 (94,3%) brancas e 27 (5,7%) negras.

3. Frequência quanto à idade materna.

Quanto à idade materna a maior frequência de nascimentos prematuros ocorreu na faixa etária entre 19 e 30 anos, conforme mostra a tabela II.

TABELA II:

PREMATURIDADE: Incidência segundo a Idade Materna.
MCD - 1979,1980,1981.

Incidência Idade Materna (Anos)	1979		1980		1981		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 18 a	27	19,42	17	11,48	26	14,05	70	14,83
19 a 24 a	43	30,93	61	41,21	75	40,53	179	37,92
25 a 30 a	38	27,33	37	25,00	53	28,64	128	27,11
≥ 31 a	31	22,30	31	20,94	31	16,75	93	19,70
Sem dados	--	-----	2	1,35	--	-----	02	0,42
T O T A L	139	100,00	148	100,00	185	100,00	472	100,00

4. Incidência, Morbidade e Mortalidade segundo Idade Materna.

A incidência da prematuridade, morbidade e mortalidade segundo a idade materna está demonstrada na tabela a - baixo.

TABELA III:

PREMATURIDADE: Incidência, Morbidade e Mortalidade, segundo a Idade Materna.

MCD - Período de 1979 a 1981.

IDADE MATERNA (ANOS)	INCIDÊNCIA		MORBIDADE		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 18 anos	72	14,09	61	84,72	16	22,22
19 a 24	194	37,96	153	78,86	36	18,55
25 a 30	140	27,39	118	84,28	32	22,85
> 30	103	20,15	82	79,61	19	18,44
Sem dados	02	0,39	01	50,00	--	-----
T O T A L	511	100,00	415	81,21	103	20,15

5. Frequência relacionada à ocupação materna.

Quanto à ocupação materna, 353 (74,78%) desenvolviam atividades do lar e 119 (25,21%) fora do lar.

6. A incidência da prematuridade segundo a paridade anterior é demonstrada na tabela IV. Observou-se que o maior número de casos ocorreu nas primíparas.

TABELA IV:

PREMATURIDADE: Incidência segundo a paridade anterior.

MCD - 1979, 1980, 1981

PARIDADE ANTERIOR	1979		1980		1981		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	51	36,69	51	34,45	76	41,08	178	37,7
1	33	23,74	31	20,94	42	22,70	106	22,45
2	14	10,07	20	13,51	27	14,59	61	12,92
3 - 5	25	17,98	35	23,64	24	12,97	84	17,79
+ 5	16	11,51	03	2,02	12	6,48	31	6,56
Sem dados	--	-----	08	5,40	04	2,16	12	2,54
T O T A L	139	100,00	148	100,00	185	100,00	472	100,00

7. Quanto ao Estado Civil.

A maioria das mães eram casadas, 306 (64,8%), 164 (34,8%) eram solteiras e 2 (0,4%) não tinham dados.

8. Incidência quanto à condição social materna.

Aproximadamente 82,% eram previdenciárias, 14% eram casos sociais e uma pequena percentagem (3,0%), era particular. (TABELA V).

TABELA V

PREMATURIDADE: Incidência segundo a condição social materna.
MCD - 1979,1980,1981.

INCIDÊNCIA CONDIÇÃO SOCIAL	1979		1980		1981		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Previdenciária	110	79,13	126	85,13	154	83,24	390	82,62
Caso Social	27	19,42	18	12,16	23	12,43	68	14,40
Particular	02	1,43	04	2,70	08	4,32	14	2,96
T O T A L	139	100,00	148	100,00	185	100,00	472	100,00

9. Incidência quanto à procedência materna.

A maioria das mães, 447 (94,7%) procedia da Grande Florianópolis, sendo que destas, 312 (66,10%) procediam da Zona Urbana e 135 (28,60%) da Zona Rural. Vinte e quatro (24) mães procediam de outros Municípios (5,08%) e uma (0,21%) procedia de outro Estado.

10. Distribuição de acordo com a assistência pré-natal:

A assistência pré-natal foi prestada a 263 (55,72%) gestantes, enquanto que 183 (38,77%) não tiveram assistência pré-natal. Em 26 (5,5%) casos não obtivemos dados.

Foi estabelecida a relação entre a procedência da mãe* e a assistência pré-natal. Os resultados constam na tabela abaixo.

TABELA VI

PREMATURIDADE: Relação entre procedência materna e assistência pré-natal.

MCD - 1979,1980,1981

PROCEDÊNCIA PRÉ-NATAL	URBANA		RURAL	
	Nº	%	Nº	%
SIM	207	66,34	52	38,51
NÃO	91	29,16	74	54,81
SEM DADOS	14	4,48	9	6,66
T O T A L	312	100,00	135	100,00

* A divisão de Zona Urbana e Zona Rural é referente a Região da Grande Florianópolis.

O tipo de parto mais frequente foi o vaginal com 295 (57,72%) casos, o parto cesário ocorreu em 212 (41,48%) casos e o parto a fórceps em 04 (0,78%) casos.

11. Incidência, morbidade e mortalidade segundo o tipo de parto.

A incidência da prematuridade, morbidade e mortalidade segundo o tipo de parto, revelou um maior índice de mortalidade nos casos de parto vaginal. Os demais dados estão relacionados na tabela VII

TABELA VII:

PREMATURIDADE: Incidência, Morbidade e Mortalidade, segundo o tipo de parto:
MCD - 1979 à 1981.

TIPO DE PARTO	INCIDÊNCIA		MORBIDADE		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
VAGINAL	295	57,72	233	78,98	169	23,38
CESÁRIO	212	41,48	178	83,96	34	16,03
FORCEPS	04	0,78	04	100,00	--	---
T O T A L	511	100,00	415	81,21	103	20,15

12. Relação das intercorrências mórvidas maternas:

Aproximadamente 48% das mulheres apresentaram intercorrências mórvidas durante a gravidez, conforme mostra a tabela VIII.

TABELA VIII

PREMATURIDADE: Incidência de intercorrências mórvidas maternas
MCD - 1979,1980,1981.

A N O	COM INTERCORRÊNCIA		SEM INTERCORRÊNCIA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1979	70	50,35	69	49,64	139	100,00
1980	66	44,59	82	55,40	148	100,00
1981	89	48,10	96	51,89	185	100,00
T O T A L	225	47,66	247	52,33	472	100,00

As intercorrências mórvidas maternas em ordem de crescente de freqüência foram: amniorrexix; prematura; apresentações fetais anômalas; doença hipertensiva própria da gravidez (DHPG); placenta prévia; descolamento prematuro de placenta (DPP); sangramento vaginal do 3º trimestre; infecção; polidrâmnio; diabetes; incompatibilidade sanguínea; anemia; desnutrição proteica; hipertireoidismo; lupus eritematoso sistêmico; incompetência istmo-cervical (IIC); traumatismo materno; insuficiência placentária; neoplasia maligna; cardiopatia e epilepsia.

TABELA IX

PREMATURIDADE: Intercorrências Mórvidas Maternas

MCD - 1979, 1980, 1981.

Nº de Casos	1979	1980	1981	TOTAL
<u>Intercorrências</u>				
Amniorrexix Prematura	38	37	47	122
Apresentações Fetais Anômalas	14	07	07	28
D.H.P.G.	09	05	09	23
Placenta Prévia	04	05	10	19
D.P.P.	03	04	07	14
Sangramento Vaginal do				
3º Trimestre	01	06	07	14
Infecção*	06	05	03	14
Polidrâmnio	04	03	05	12
Diabete Mellitus e Gestacional	03	04	03	10
Incompatibilidade Sanguínea	04	03	01	08
Anemia	04	01	01	06

Desnutrição Proteica	02	--	--	-02
Hipertireoidismo	--	--	02	02
I.I.C.	--	02	--	02
L.E.S.	--	02	--	02
Traumatismo Materno	01	--	--	01
Insuficiência Placentária	01	--	--	01
Tumor Ósseo Maligno	--	01	--	01
Cardiopatia (F.R.)	--	01	--	01
Epilepsia	--	--	01	01

* INFECÇÕES: Sífilis, Rubéola, Infecção Urinária, Choque séptico.

13. Causas de Prematuridade.

As possíveis causas de prematuridade estão relacionadas abaixo, embora no maior número de casos não se tenha identificado um possível agente causal.

TABELA X

PREMATURIDADE: Causas.

MCD - 1979 a 1981

Incidência		
Causas de prematuridade	Nº	%
Causa desconhecida	247	52,33
Amniorrexis prematura	122	25,84
Mães com idade superior a 30 anos ↓	93	19,70

Gestante com idade inferior ou igual a 18 anos	70	14,83
*Gemelaridade	38	8,05
Apresentações fetais anômalas	28	5,93
D.H.P.G.	23	4,87
Placenta prévia	19	4,02
D.P.P.	14	2,96
Hemorragia do 3º trimestre	14	2,96
**Infecção	14	2,96
Polidrâmnio	12	2,54
Diabete Mellitus	10	2,11
Incompatibilidade sanguínea	08	1,69
Anemia	06	1,27
Desnutrição proteica	02	0,42
Hipertireoidismo	02	0,42
I.I.C.	02	0,42
L.E.S.	02	0,42
*** Iatrogenia	02	0,42
Traumatismo materno	01	0,21
Insuficiência placentária	01	0,21
Tumor ósseo maligno	01	0,21
Cardiopatia (F.R.)	01	0,21
Epilepsia	01	0,21

* Gemelaridade: 37 gemelares e 1 trigemelar

** Infecção: sífilis, Rubéola, Infecção urinária, Septicemia

*** Iatrogenia: Submetidos à cesariana com diagnóstico de gravidez serotina.

14. Incidência, Morbidade, Mortalidade de acordo com a raça de RN.

Dos recém-nascidos pré-termo, 474 (92,75%) eram da raça branca e apenas 31 (6,06%) eram da raça negra.

TABELA XI

PREMATURIDADE: Incidência, Morbidade e Mortalidade, segundo a raça do recém-nascido.

MCD - Período de 1979 a 1981.

RAÇA	INCIDÊNCIA		MORBIDADE		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Branca	474	92,75	387	81,64	97	20,46
Negra	31	6,06	24	77,41	06	19,35
Sem dados	06	1,17	04	66,66	--	-----
T O T A L	511	100,00	415	81,21	103	20,15

15. Incidência, Morbidade, Mortalidade segundo o sexo do RN.

Em relação à incidência houve uma leve predominância nos do sexo masculino (51,85%) para 47,94% no sexo feminino. Tanto a morbidade (86,03%) quanto a mortalidade(24,52)% foram mais frequentes no sexo masculino.

Ressalta-se a presença de um estado intersexual.

TABELA XII

PREMATURIDADE: Incidência, Morbidade e Mortalidade,segundo o sexo do recém-nascido.

MCD - 1979,1980,1981.

TABELA XIII

SEXO	INCIDÊNCIA		MORBIDADE		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	265	51,85	228	86,03	65	24,52
Feminino	245	47,94	186	75,91	38	15,51
Indiferenciados	01	0,19	01	100,00	--	-----
T O T A L	511	100,00	415	81,21	103	20,15

16.. Incidência, Morbidade e Mortalidade segundo a Idade Gestacional.

O maior número de recém-nascidos pré-termo (47,74%) tinha idade gestacional entre 34 e 35 semanas.

A taxa de morbidade e mortalidade foi maior nos recém-nascidos com idade gestacional entre 28 e 31 semanas.

Observou-se uma diminuição progressiva dos índices de morbidade e mortalidade à medida que avançava a idade gestacional. (TABELA XIII).

TABELA XIII

PREMATURIDADE: Incidência, Morbidade e Mortalidade, segundo a Idade Gestacional.

MCD - 1979 a 1981.

IDADE GESTACIONAL	INCIDÊNCIA		MORBIDADE		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
28 a 29	11	2,15	11	100,00	09	81,81
30 a 31	30	5,87	29	96,66	21	70,00
32 a 33	103	20,15	89	86,40	40	38,83
34 a 35	244	47,74	200	81,96	25	10,24
36 a 37	123	24,07	86	69,91	08	6,50
T O T A L	511	100,00	415	81,21	103	20,15

17. Incidência, Morbidade e Mortalidade segundo o peso do RN.

A maioria dos recém-nascidos pré-termo pesava entre 2001 e 2500g (35,81%).

A morbidade e a mortalidade foram mais elevadas nos recém-nascidos com peso igual ou inferior a 1000g. (TABELA XIV).

gauras!



on
MB
RT

TABELA XIV

PREMATURIDADE: Incidência, Morbidade e Mortalidade, segundo o peso do recém-nascido.

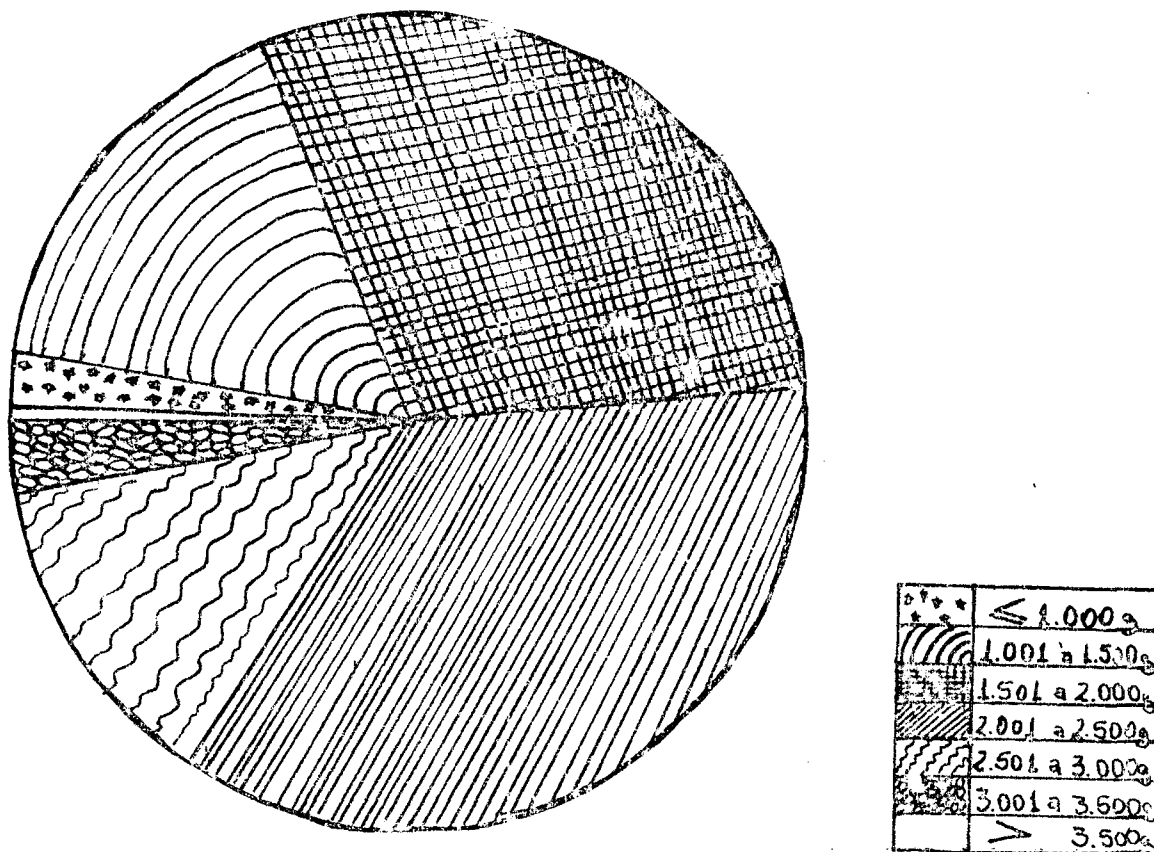
MCD - 1979 a 1981.

PESO (g)	INCIDÊNCIA		MORBIDADE		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 1000	10	1,95	09	90,00	07	70,00
1001 — 1500	83	16,24	75	90,36	44	53,01
1501 — 2000	151	29,54	120	79,47	31	20,52
2001 — 2500	183	35,81	139	75,95	17	9,28
2501 — 3000	66	12,91	56	84,84	03	4,54
3001 — 3500	16	3,13	14	87,50	01	6,25
> 3500	02	0,39	02	100,00	-	-----
T O T A L	511	100,00	415	81,21	103	20,15

FIGURA I:

PREMATURIDADE: Distribuição do peso dos recém-nascidos prétermo.

M.C.D. 1979 - 1981.



18. Incidência, Morbidade e Mortalidade, segundo o Estado Nutricional.

A incidência da prematuridade predominou nos recém-nascidos com peso adequado para a idade gestacional (AIG). A mortalidade foi maior nos recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG). TABELA XI

TABELA IV

PREMATURIDADE: Incidência, Morbidade e Mortalidade, segundo Estado Nutricional.

MCD - 1979,1980,1981.

ESTADO NUTRICIONAL	INCIDÊNCIA		MORBIDADE		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PIG	126	24,65	98	77,77	45	35,71*
AIG	376	73,58	309	82,18	57	15,15
GIG	09	1,76	08	88,88	01	11,11
T O T A L	511	100,00	415	81,21	103	20,15

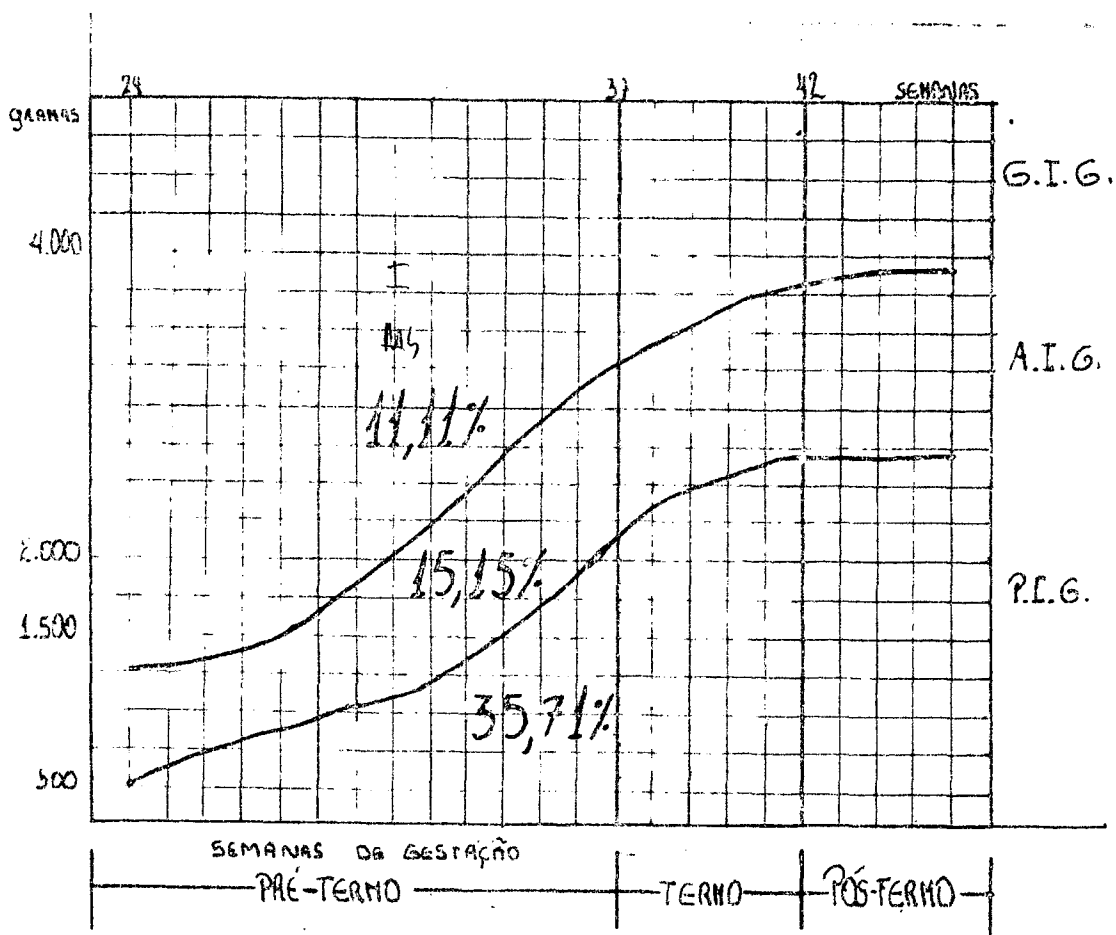
↑

E x celente

GRÁFICO II:

PREMATURIDADE: ~~Incidência de~~ Mortalidade, segundo o Estado Nutricional do recém-nascido.

MCD - 1979 a 1981.



Crescimento ponderal e idade gestacional segundo Battaglia e Lubchenco (1967).

As porcentagens referem-se à mortalidade dos recém-nascidos dos pré-termo situados na respectiva área.

Denota o plano 'nc.
Mb
Mt.

19. Incidência, Morbidade e Mortalidade segundo a nota de Apgar no 1º minuto.

A tabela XVI relaciona o Apgar no 1º minuto com a morbidade e a mortalidade, observando-se uma diminuição significativa destas taxas à medida que o índice de Apgar se aproxima de 10.

baues

TABELA XVI

PREMATURIDADE: Incidência, Morbidade e Mortalidade segundo a *nota* de Apgar no 1º minuto.

MCD - 1979 a 1981.

ÍNDICE DE APGAR — (º M...)	INCIDÊNCIA		MORBIDADE		MORTALIDADE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 — 3	112	21,91	107	95,53	48	42,85
4 — 5 — 6	125	24,46	108	86,40	27	21,60
7 — 10	236	46,18	166	70,33	21	8,89
Sem dados	38	7,43	34	89,47	07	18,42
T O T A L	511	100,00	415	81,21	103	20,15

20. Intercorrências Mórbidas do Recém-Nascido.

Aproximadamente 80% dos recém-nascidos apresentaram intercorrências mórbidas, as quais estão relacionadas na Tabela XVII.

TABELA XVII

Prematuridade: Intercorrências Mórbidas do Recém-Nascido.

MCD - 1979 a 1981.

	Nº	%
RN Sem Intercorrências	96	13,78
RN Com Intercorrências	415	81,21
SDR 1	313	75,42
DNN 12	69	16,62
Infecção Perinatal U	39	9,39
Mal formação congênita +	32	7,71
DMH ?	30	7,22
Tocotraumatismo	21	5,06
SALA 1 0	16	3,85
Anóxia 2	16	3,85
Icterícia 2	14	3,37

Pneumonia //	13	3,13
Hem.pulmonar /	11	2,65
Sífilis	06	1,44
Sepsis	04	0,96
Doença hemorrágica	04	0,96
SALA MI.	03	0,72
Hemorragia intracraniana	03	0,72
Rubéola congênita	02	0,48
Hipoglicemia	02	0,48
Citomegalia	02	0,48
Distúrbio hidroeletrolítico	02	0,48
Anemia	01	0,24
SALA.M.	01	0,24

S.D.R: Síndrome depressão respiratória.

D.N.N:Depressão Neonatal

DM.H.Doença membrana hialiana

SALA :Síndrome de aspiração dos líquidos amnióticos

SALAMI: Síndrome de aspiração do líquido amniótico meconial infectado.

SALAM: Síndrome de aspiração do líquido amniótico meconial.

21. Relação entre a Morbidade e a Mortalidade nos Recém-Nascidos.

Constatou-se uma maior taxa de mortalidade naqueles recém-nascidos com patologias hemorrágicas e com doença da membrana hialiana.

TABELA XVIII

Prematuridade: Relação entre a morbidade e a mortalidade nos Recém-Nascidos.

MCD - 1979 a 1981.

INTERCORRÊNCIAS	Nº	MORTALIDADE	
		Nº	%
S.D.R.	313	33	10,54
D.N.N.	69	08	11,59
Infecção			
Perinatal	39	06	15,38
Mal formação			
Congênita	32	08	25,00
D.M.H.	30	20	66,66
Tocotraumatismo	21	01	4,76

Tr. Lezana

Anóxia	16	03	18,75
Pneumonia	13	01	7,69
Hemorragia Pul-			
monar	11	10	90,90
Sífilis congê -			
nita	06	01	16,66
SEPSIS	04	02	50,00
Doença Hemorrâ-			
gica	04	03	75,00
Hemorragia intra-			
craniana	03	03	100,00

DISCUSSÃO

Em relação a frequência da prematuridade na M.C.D., no período de 1979 a 1981, verificamos que dentre os 14.334 nascidos vivos, 511 eram recém-nascidos pré-termo, dando uma incidência de 3,57%. A análise de cada ano isoladamente (79,80 e 81), não revelou uma diferença significativa na incidência. No mesmo serviço a incidência média da prematuridade no período de 1972 a 1978 foi de 5,4% (13). Estes resultados vão de encontro aos da literatura (29), que refere índices de 3,5% a 7% nos países desenvolvidos. Blegem em Oslo encontrou 5,4%; Cross e Birmingham 5,4%. No Brasil, os autores mostram uma incidência de 4 a 16% (15,21,25) - Corradini (3), em São Paulo encontrou uma média de 15% e Barbosa (4) no Rio de Janeiro encontrou 7,2%.

A grande maioria das mães pertencia à raça branca (94,3%). Não encontramos dados na literatura consultada quanto à predominância da prematuridade em determinada raça. No entanto, Westphal e Joshi (33), ao estudarem prematuridade em relação à raça e sexo do recém-nascido, verificaram que a gestação

a termo na raça negra tem uma duração ligeiramente menor (39 semanas) do que na raça branca (40 semanas).

Verificou-se que o maior número de mães (37,9%), ti-nha idade entre 19 e 24 anos, concordando com os resultados en-contrados por Garcia (13) no anos de 1978.

Não houve diferença significativa na morbidade e morta-lidade dos recém-nascidos estudados quando relacionadas à idade materna. Garcia (13) encontrou maior morbidade nos recém-nasci-dos de mães com mais de 30 anos.

Quanto à ocupação materna, a maioria das mães desenvol-via atividades do lar (74,78%). Douglas (11) demonstrou maior frequência de prematuridade nas mulheres que trabalhã fora do lar e que permanecem trabalhando até o último trimestre da ges-tação. O excesso de trabalho no final da gestação é considerado por Marcondes et alii, (20) como fator predisponente à prematu-ridade. Na ausência de dados quanto ao tipo de trabalho, não foi possível averiguar a sua influência efetiva na taxa de pre-maturidade.

Com relação à paridade, o maior número de partos prematu-ros ocorreu nas primíparas (37,7%), apenas uma pequena percenta-gem (6,6%), ocorreu em grandes multíparas, o que concorda com

a maioria dos autores (3,10,13). Entretanto, Douglas(14), e Belfort et all. (3) observaram maior índice de prematuridade nas múltíparas.

A maior parte das mães eram previdenciárias (82%). Observou-se que o número de mães previdenciárias aumentou nos últimos dois anos, ocorrendo o inverso quanto às mães carentes de recursos. Segundo diversos autores (3,15,20,23,29) a prematuridade é mais frequente nas mulheres de classe menos favorecidas. Belfort p. et all (3) em 1977, demonstraram uma incidência de 3,1% de partos prematuros numa clínica privada e de 8,1% numa enfermaria de atendimento a pacientes carenciais.

Em relação à procedência materna, a maioria das mães (66,1%), procedia da zona urbana da Grande Florianópolis, e destas, aproximadamente 30% não realizaram pré-natal. Das mães procedentes da zona rural da Grande Florianópolis, 54,81% não tiveram assistência médica pré-natal.

Podemos observar que é considerável o número de mulheres que não receberam assistência médica pré-natal, o que consiste num fator de risco para o aparecimento da prematuridade. Resalta-se o fato de que houve uma parcela importante da população urbana, que não realizou pré-natal, apesar desta dispor de maiores recursos assistenciais.

O tipo de parto mais frequente foi o parto vaginal (57,72%) e a mortalidade (23,38%), foi maior nesta condição. No parto cesáreo, 41,48% dos casos, houve uma morbidade relativamente maior que no parto vaginal, porém a mortalidade foi menor (16,02%). Estes resultados concordam com a maioria dos autores (3,13,19,29), que descrevem a cesárea, como a conduta obstétrica mais indicada para os partos prematuros. Alegam também, que este procedimento evitaria a ocorrência de tocotraumatismo e hemorragia cerebral.

Quanto às intercorrências mórvidas maternas (obstétricas ou não), estas ocorreram 225 vezes, ressaltando que uma mesma mãe poderia apresentar mais de uma intercorrência. Dentre as de maior frequência citamos: amniorrexis prematura (122 casos), apresentações fetais anômalas (28 casos), doença hipertensiva própria da gravidez (23 casos) placenta prévia (19 casos), descolamento prematuro placenta (14 casos), sangramento no 3º trimestre (14 casos), infecção (14 casos), polidrâmnio (12 casos), diabetes mellitus e gestacional (10 casos), incompatibilidade sanguínea (08 casos), anemia (06 casos) e outros (hipertireoidismo, incompetência istmo cervical, lupus eritematoso sistêmico, traumatismo materno, insuficiência placentária, tumor ósseo maligno, cardiopatia reumática, epilepsia).

Grande parte das intercorrências mórvidas maternas apresentadas podem se constituir em fator casual ou predisponente de parto prematuro. Citamos a amniorrexia prematura, placenta prévia, infecções, descolamento prematuro de placenta (DPP) '13.. Analisando-se as possíveis causas da prematuridade observamos:

a) Em aproximadamente 53% dos casos, a causa é desconhecida. Este achado concorda com a maioria dos autores (3,10, 13, 14,15,17,20,25,26,27) que demonstra uma incidência de 30 a 60%.

b) Amniorrexia prematura que ocorreu em 25,84% dos casos, é referida (13,16) como uma das causas mais importantes de prematuridade por ocorrer na maioria das vezes associada à infecção perinatal, agravando desta forma o prognóstico do recém-nascido pré-termo.

c) Gestante idosa (> 30 anos de idade) com uma incidência , de 19,7%. Esta é uma condição que predispõe à prematuridade, principalmente quando associada a patologia obstétrica mais frequentes nessa faixa etária (DPP), placenta prévia, doença hipertensiva da gravidez, etc...).

d) Gestante com idade inferior ou igual a 18 anos ocorreu em 14,83% dos casos. Segundo diversos autores (3,13,20,21,23,33) na gestante jovem, o índice de prematuridade é alto porque o seu aparelho reprodutor ainda estaria inapto para a reprodução.

Há estreita ligação entre a idade materna e a incidência de prematuridade e as taxas mais elevadas ocorrem nos extremos - jo-vens e idossa (3). Segundo Donelly (16) a prematuridade ocorre mais nas mulheres com idade inferior a 20 anos, Fedrick e Anderson (3) verificaram que quanto mais idosa era a paciente menor a tendência de ter partos prematuros.

e) Gemelaridade é causa frequente de parto prematuro e ocorreu em 8,05% dos casos. Segundo Fanaroff (17) os produtos de gesta - ção múltiplas geralmente são de baixo peso ou pré-termo, talvez porque a placenta não consegue satisfazer as necessidades de mais de um feto. A literatura (10,13,20,22,27,31) revela uma fre - quência variável (7,3%,7%,8,5%,11%,37%,16,8%).

f) As apresentações fetais anômalas (5,93%) também podem de - sencadear trabalho de parto prematuro. Segundo Marcondes (20), a apresentação pélvica incide em 17% dos casos de parto prematuro contra 3% nas gestações a termo. E o prognóstico será tanto mais grave quanto menor o peso do recém-nascido pré-termo.

g) Doença hipertensiva própria da gravidez (D.P.H.P.) ocorreu em 4,87% dos casos. Muitos autores (2,17,20) afirmam que mães hipertensas, apresentando ou não toxemia, produzem uma porcenta - gem maior de recém-nascidos pré-termo. A causa não está bem esclarecida, mas sabe-se que na toxemia, os infartos placentá - rios são numerosos e generalizados. É possível que estas altera - ções vasculares concorram para uma perfusão placentária incapaz

de cobrir as necessidades que impõe o crescimento do feto no período final da gestação. A incidência de prematuridade nestes casos, segundo os autores (2,20) varia entre 5,5% e 29,9%.

h) Os distúrbios hemorrágicos obstétricos, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta (D.P.P.) ocorreram em 4,02% e 2,96% dos casos respectivamente. Garcia⁽¹³⁾ encontrou uma frequência de 3,22% para placenta prévia e 9,67% para o D.P.P.. Estudos de Donelly (10) demonstraram que quanto mais baixa a situação sócio-econômica da mãe, maior a incidência destas síndromes hemorrágicas.

i) Infecções (rubéola, sífilis,) ocorreram em cerca de 3% dos casos. Estas entidades são comprovadamente desencadeantes de parto prematuro (2).

Outras possíveis causas de prematuridade como: Polidrâmnio, Diabetes Mellitus, Incompatibilidade Sanguínea Anemia, Desnutrição proteica, Hipertireoidismo, Incompetência istmo cervical, Lupus eritematoso sistêmico, Iatrogenia, Traumatismo materno, Insuficiência placentária, neoplasia, Cardiopatia Epilepsia, Distúrbios hemorrágicos do 3º trimestre, não serão discutidos dados a sua pequena incidência no estudo.

Neste estudo, 92,75% dos recém-nascidos eram da raça branca e 6,06% da raça negra. Dos 474 recém-nascidos da raça branca,

387 (81,65%) ficaram doentes e destes, 97 (20,46%) morreram. Dos 31 da raça negra, 24 (77,41%) adoeceram e 6 (19,35%) foram a óbito. Assim, percentualmente, a morbidade e a mortalidade nos recém-nascidos da raça preta foi semelhante aos da raça branca. Segundo Westphal e Joshi (33), os recém-nascidos da raça negra, por apresentarem um período de gestação mais curto que o habitual, amadurecem mais precocemente, o que os tornaria mais resistentes às adversidades do meio. Este achado discorda daquele apresentado acima, talvez pelo pequeno número de casos da raça negra apresentados neste estudo.

A incidência da prematuridade foi semelhante nos sexos feminino e masculino. Mas a morbidade e a mortalidade foram significativamente maiores nos recém-nascidos do sexo masculino, o que concorda com os autores (20,33). Em nosso estudo, o maior número de RN pré-termo tinha idade gestacional entre 34 e 35 semanas (47,74%) e 36 e 37 (24,07%) semanas. A taxa da morbidade e da mortalidade diminuiu progressivamente à medida que aumentava a idade gestacional. Estes dados concordam com a maioria dos autores (1,3,6,8,9,12,13,17,22,27,31,) que observaram que quanto mais próximo do termo, estiver o feto, mais preparado estará para corresponder às exigências fisiológicas da vida extra-uterina.

O maior número de recém-nascidos pesou entre 1.501 a

2.500 g. A morbidade permaneceu relativamente elevada independentemente do peso do RN, o mesmo não se podendo dizer com relação à mortalidade, que foi decrescendo à medida que o peso aumentava, concordando com a maioria dos autores (1,3,4,5,6,7,8,9,13,15,16,17,19,20,21,22,27,31,32).

Garcia (13); no seu estudo encontrou uma mortalidade de 100% nos RN com menos de 1.000 g. Bernardino, V.L. et al (4), demonstraram 97% de mortalidade neste mesmo grupo de recém-nascidos, diferentemente do resultado obtido no presente estudo, onde observou-se uma mortalidade de 70%. Este último dado concorda com aqueles obtidos por Stewart e Reynolds (4) em Londres, ao estudarem 197 RN pré-termo com peso igual ou menor que 1.500 g e submetidos a cuidados especiais de terapia intensiva, encontrando 77% de letalidade nos RN com peso abaixo de 1.000 g e 31% naqueles entre 1001 e 1.500g.

Concordando com os dados obtidos, por Garcia (13), a maioria dos RN (73,58%) apresentou peso adequado para idade gestacional (AIG). A morbidade foi maior (88,88%) nos RN hipertróficos, ocorrência que pode ser consequência de diabetes e doença hipertensiva própria da gravidez (13). Por outro lado, a mortalidade foi mais elevada nos recém-nascidos hipotróficos, concordando com diversos autores (4,13,17,20).

A maioria dos RN pré-termo (46,18%) recebeu uma nota de Apgar igual ou superior a 7. A morbidade foi relativamente alta nos RN independente da nota do Apgar, no entanto, a mortalidade foi maior (42,85%) naqueles RN, cujo índice de Apgar era de 1 a 3. Bernardino V.L. et all (4), relacionaram Apgar com o peso ao nascer e constataram que o índice de Apgar aumentava à medida que o peso se elevava. Dentre as possíveis causas responsáveis por uma baixa nota do Apgar citaríamos: imaturidade neurológica e pulmonar, fatores adversos intra-útero e patologias maternas associadas.

Aproximadamente 80% dos recém-nascidos apresentavam intercorrências mórvidas e as mais verificadas foram: Síndrome de dificuldade respiratória (SDR) 75,42%, Depressão Neonatal (DNN) 16,62%, Infecção perinatal (9,39%), mal formação congênita 7,71%). Doença da membrana hialina (DMH) 7,22%, tocotraumatismo (5,06%), Síndrome de aspiração do líquido amniótico (3,85%), anóxia (3,85%), icterícia (3,37%), Pneumonia (3,13%), Hemorragia pulmonar (2,65%), Sífilis (1,44%).

A Síndrome de dificuldades respiratória (SDR) excluindo-se aqui a doença da membrana hialina ocorreu em maior número de casos (313) concordando com os autores (3,13,20). Klaus et all (17) cita num estudo feito em 116 RN que nasceram com dificuldade respiratória, a distribuição dos casos por diagnóstico foi a seguinte

te: Doença da membrana hialiana 12, Síndrome de aspirações líquido amniótico 10, Broncopneumonia 10, mal formações cardíacas 2, Pneumotórax 1, Problema respiratório transitório 80. Dos 313 RN que apresentavam S.D.R., 33 (10,54%) foram a óbito. Este dado nos permite sugerir a presença de problemas respiratórios transitórios, que parecem estar relacionados a uma reabsorção lenta do líquido pulmonar. (17).

A doença da membrana hialiana (DMH) ocorreu em 30 casos e destes, 20 morreram. Segundo (3,13,17,20,31) a DMH é um dos problemas mais comuns do RN pré-termo, sendo a principal causa de mortalidade, ocorrendo em 0,5 a 1% de todos os nascimentos e 10% dos Rn pré-termo(17). Considerando o número total de RN pré-termo, obtivemos uma taxa de 5,8% de D.M.H.

A infecção perinatal ocorreu em 39 casos e 06 casos foram a óbito. Enquanto outros autores (3,6) observaram uma grande incidência de diarréia infecciosa a sua ocorrência foi pouco significativa neste estudo.

As intercorrências hemorrágicas tipo: hemorragia intracraniana, pulmonar e doença hemorrágica do recém-nascido ocorreram em 18 casos e destes, 16 morreram, demonstrando ser uma entidade patológica de grave prognóstico, no recém-nato pré-termo (17,20).

As mal formações congênitas incidiram em 32 casos e destes, 8 foram a óbito. As mais frequentes foram: cardíacas, gastrointestinal, neurológicas e ósseas.

Outros fatores responsáveis pela mortalidade foram: toco-traumatismo, anóxia penumonia, depressão neonatal e sífilis congênita.

CONCLUSÕES

INCL

Caus

M3

M4.

no faves

Freis

1. A incidência de prematuridade na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis no período 1979 - 1981 foi de 3,57%, ou seja, dos 14,334 nascidos vivos, 511 eram recém-nascidos pré-termo.

2. A taxa de prematuridade na M.C.D. vem decrescendo a partir de 1977.

3. As causas mais frequentes de prematuridade identificadas neste estudo, em ordem decrescente foram: "Causa desconhecida" (53%), Amniorrexis prematura (25,84%), Gestantes com idade superior a 30 anos (19,70%), Gestantes com idade igual ou inferior a 18 anos (14,83%), Generalidade (8,05%), Apresen- tações fetais anômalas (5,93%), e Doença hipertensiva própria da gravidez (4,87%).

4. A maioria das mães eram previdenciárias (82,62%). O número de mães pertencentes a esta classe vem aumentando a partir de 1979, se contrapondo à classe catalogada como caso social, que vem decrescendo gradativamente.

5. Aproximadamente 66% das mães (312), procedia da zona urbana da Grande Fpolis. Destas, 30% não realizaram pré-natal, o que pode demonstrar desconhecimento ou desinteresse materno com relação à assistência médica pré-natal.

6. O parto cesáreo foi o que demonstrou menor mortalidade.

7. A taxa de morbidade nos recém-nascidos pré-termo neste período foi de 81,21%, com um total de 415 crianças com intercorrências mórbridas. Destas, 103 foram a óbito, dando uma taxa de mortalidade de 20,15%.

8. As intercorrências mórbridas do recém-nascido mais frequentes foram: Síndrome de dificuldade respiratória (75,42%), Depressão neonatal (16,62%), Infecção perinatal (9,39%), Mal formação congênita (7,71%), Doença da membrana hialina (7,22%) e Toco-traumatismo (5,06%).

9. A taxa de mortalidade foi maior nos recém-nascidos que apresentaram as seguintes intercorrências mórbridas: Hemorragia intracraniana (100%), Hemorragia pulmonar (90,9%), Doença hemorrágica do recém-nascido (75%), Doença da membrana hialina (66,66%), Sepsis (50%) e Mal formações congênitas (25%).

10. Os recém-nascidos com menor peso e ~~de~~ menor idade gestacional tiveram maior morbidade e mortalidade.

11. A taxa de mortalidade nos recém-nascidos com peso igual ou inferior a 1.000 g foi de 70%. Até 1978 esta taxa era 100%.

ABSTRACT

The authors have been studying retrospectively the prematurity, its incidence and possible causes, as well as the morbidity and mortality of the premature newborn working with data from Maternidade Carmela Dutra- Florianópolis, in the years of 1979, 1980 e 1981.

We have found an incidence of prematurity of 3,57 percent. The causes in order of decreasing frequency were: "Unknown cause", premature rupture of membranes, pregnant women below 18 and over 30 years of age, multiple twinning, anomalous fetal presentation and hypertensive disorders of pregnancy. We have found a newborn morbidity rate of 81,21 percent and mortality rate of 20,15 percent.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. APGAR, V; Consecuencias de La Premadurez. In; Clin Obstet. Y Ginecol . 741 - 748, 1964.
02. BARBOSA, LT.; Infecções Perinatais, In REZENDE, J.; Obstetricia, Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1962.
03. BELFORT, P.; MENDONÇA, P: Iatrogenia na Prematuridade. Rev. Femina 7: 749 - 762, 1979.
04. BERNARDINO, V.D.D. et alii.; Prematuridade: Incidência, morbidade e letalidade. In Jornal de Pediatria - Vol. 43 , 285- 290, 1977.
05. CAPURRO, H.: Maduración Neonatal. In TOPOLANSKI, R. Y BURGOS, J.: SEMiologia Obstétrica y neonatal, Montevideo - Uruguai, Oficina Del Libro, 1974.
06. CORRÊA DA COSTA, L.A.: Considerações sobre a Mortalidade Perinatal; Rio de Janeiro, 1960 - Tese de Concurso de Docência - Livre de Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.

07. CROSSE,M.V.: The Premature Baby;6ª edição, Londres, Ed.J. e A. Churchil Ltda, 1966.
08. CROSSE,M.V.; HILL,E.E.: O recém-nascido Prematuro.8ª edição, São Paulo, Manole, 1980.
09. DESLACIO,D.,PIATO,S., CAPOZZI,A.: Aspectos Obstétricos da Prematuridade. In Temas de Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria Neo-Natal, São Paulo, Fundo Editorial Proci-
enx 1º volume, 1964.
10. DONNELLY,J.F.: Etiologia de La Premadurez.Clin. Obstet.Y. Ginecol. p. 647 - 657, 1964.
11. DOUGLAS,J.W.B.: Etiologia de La Premadurez.In Donnelly, F. J. Clin. Obstet. Y Ginecol. p. 647- 657, 1964.
12. GARCIA,W.Z., Conceito de Prematuridade: Evolução Histórica
Rev. Arq. Cat de Med. Vol.8. (3) 137 - 139, 1979.
13. GARCIA,W.Z., In Prematuridade: Incidência, Causas,Morbida-
de e Mortalidade.Florianópolis, 1979. Tese do concurso para professor titular de tocoginecologia da Universi-
dade Federal de Santa Catarina.

14. GESTEIRA, P.S.: O Prematuro. In Nova Puericultura, São Paulo, Fundo Editorial Byk- Prociex, 127-142, 1974.
15. GOFFI, P.S.: Prevenção da Prematuridade. In Temas de Perinatologia no Curso Internacional sobre Problemas Perinatais, Brasília, 153-159, 1970.
16. JURADO - GARCIA, E.: Epidemiologia de La Premadurez. In Definición Y Ensayo de Classificación. Características del Agente Y del Huesped, Bol. Med. Hosp. Inf. México, (25) 125 133, 1968.
17. KLAUS, H.M., FANAROFF, A.A.: Asistencia Del Recien Nacido de Alto Riesgo. p. 49- 70. B.Aires. Ed. Médica Panamericana S.A. 1975.
18. LAGES NETTO: Neonatologia, Rio de Janeiro, Editora Monterrey, p.30, 1973.
19. LAURENTI, R e SIQUEIRA, A.A.F.: O Problema da Mortalidade Neonatal em São Paulo, Brasil, Rev. Saúde Pública, São Paulo (6): 45 - 55, 1972.

20. MARCONDES, E. et alli.: Pediatria Neonatal, In Pediatria Básica. ed 6. São Paulo, Sarvier, 1978. Vol 1: 447-459.
21. MONETTI, V.: Aspectos da Assistência Perinatal em São Paulo, Brasil. Instituto de Saúde, 16, 1972.
22. MONETTI, V.: & CARVALHO, M. de C.: Prematuridade e Insuficiência Ponderal do Recém-Nascido. Instituto de Saúde, nr, 32, 1978.
23. NEME, B., Prematuridade e Insuficiência Ponderal do Recém-Nascido. In MONETTI, V. & CARVALHO, M. de C. Instituto de Saúde, nr. 32, 1978.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.: La Prevención de La Morbilidad Y de La Mortalidad Perinatales. Cuadernos de Salud Publica nr. 42, OMS, 1972 - 91.
25. ORLANDI, V. ~~ORLANDO~~: O Recém-Nascido Prematuro. In REZENDE, J.: Obstetrícia. vol 1 Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1962.

26. PILLORI. Prevenção da Prematuridade. In GOFFI, P.S.: In Temas Perinatologia no Curso Internacional sobre Problemas Perinatais, Brasília , 153 - 159, 1970.
27. RUSH,W.R., DAVEY,A.D., SEGALL, L.M.: The Effect of Preterm Delivery on Perinatal Mortality. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 85: 806-811, 1978.
28. TOLEDO: Prevenção da Prematuridade: In GOFFI,P.S., In Temas de Perinatologia no Curso Internacional sobre Problemas Perinatais, Brasília, 153-159, 1970.
29. VILLA,L. de LA.: Los Prematuros, Editorial Paz Montalvo, Madrid 1957.
30. VITIELLO,N.C. CONCEIÇÃO,G.J.: Mortalidade Perinatal, Rev. Feminina, (7) 554 - 561. 1978.
31. WESTPHAL,C.M., & JOSHI,B.G.: Interrelaciones del Peso Al Nacer, La Duración de La Gestación Y la Mortalidad Neonatal. Clin. Obstet. Y. Ginecol. 670 - 686, 1964.

A N E X O 1

Orientação do Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF), que subdivide a micro-região/da Grande Florianópolis nas seguintes zonas:

1. A área do aglomerado urbano de Florianópolis:

1.1- Zona Urbana: compreende a área conurbada de Florianópolis, definida como "área de urbanização contínua ao longo da faixa litorânea". É formada por:

- Distrito sede de Florianópolis (Centro e/ bairros próximos: Bom Abrigo, Capoeiras, Cariano, Córrego Grande, Costeira do Pirajubaê, Coqueiros, Estreito, Iracorubí, Itaguaçu, Prainha, Pantanal, Trindade, etc.).

- Distrito sede e Barreiros, em São José.

- Distrito de Biguaçu.

- Distrito de Palhoça.

1.2. Zona Rural: constituída por:

- Interior da Ilha de Santa Catarina (distrito de: Canasvieiras, Lagoa da Conceição, Pântano do Sul, Rationes, Ribeirão da Ilha, São João do Rio Vermelho e Santo Antonio de Lisboa); Interior do Município de São José; Interior do Município de Biguaçu; Interior do Município de Palhoça; Municípios de Águas Mornas, Antônio Carlos e Governador Celso Ramos.

TCC
UFSC
TO
0232

N.Cham. TCC UFSC TO 0232

Autor: Silvestri, Maria d.

Título: Prematuridade..



972809584

Ac. 254366

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM